

料金受取人払郵便

佐賀中央郵便局  
承 認

4126

差出有効期間  
令和8年11月  
30日まで

お手持ちの封筒に貼ってご利用ください。  
切手は必要ございません。  
(定形)

840-8790

(受取人)  
佐賀市水ヶ江二丁目二番一〇号  
佐賀メデイカルセンタービル四階  
佐賀県医師信用組合 行



ご住所	〒
ご氏名	